



**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina**

Prevalencia, características e indicaciones de Histerectomía en el Hospital Homero Castanier en el período 2005 - 2008.

Tesis previa a la obtención del título de Médica.

Autoras

**Miriam García Rivera
Juana González González.**

Director

Dr. Bernardo Vega Crespo

Asesora

Dra. Lorena Mosquera V.

**Cuenca, Ecuador
2008**

DEDICATORIA

A nuestros queridos padres que con esfuerzo y sacrificio nos apoyaron desde el inicio hasta el final de nuestros estudios universitarios.

Al Personal Médico y Administrativo del Hospital Homero Castanier Crespo, de la ciudad de Azogues, por su paciencia y comprensión, en las intensas jornadas del Internado que hemos compartido.

Miriam García
Juana González

AGRADECIMIENTO

Dejamos constancia de nuestro imperecedero agradecimiento a los profesionales que intervinieron en nuestra formación, por sus ejemplos y enseñanzas, que nos alientan a seguir en la lucha durante nuestra vida profesional.

De manera muy especial a las personas que nos guiaron en la realización del presente trabajo.

Las autoras

RESPONSABILIDAD

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Miriam García Rivera

Juana González González

INDICE

Contenido	página
CAPÍTULO I	
1. Introducción	1
1.1. Justificación	2
CAPÍTULO II	
2. Fundamento Teórico.....	3
2.1. Definición	3
2.2. Epidemiología	3
2.3. Causas de histerectomía	4
2.3.1. Miomatosis uterina.....	4
2.3.2 Prolapso uterino.....	5
2.3.3. Endometriosis	6
2.3.4. Cáncer cervical	7
2.3.5. Cáncer endometrial	7
2.3.6. Cáncer de ovario	8
2.3.7. Miometritis	9
2.4. Tipos de histerectomía	11
2.5. Procedimientos para realizar una histerectomía	13
2.6. Cáncer de cérvix e histerectomía	14
2.7. LIE e histerectomía.....	16
2.7.1. Tratamiento de LIE de Bajo Grado	18
2.7.2. Tratamiento de LIE de Alto Grado	18
CAPÍTULO III	
3. Objetivos.....	19
3.1. Objetivo General	19
3.2. Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO IV	
4. Metodología	20
4.1. Diseño.....	20
4.2. Población de Estudio y Muestra	20
4.3. Variables.....	20
4.4. Criterios de inclusión	20
4.5. Criterios de exclusión	20
4.6. Procedimientos y Técnicas.....	21
4.7. Análisis de la información y presentación de los resultados	21
CAPÍTULO V	
5. Resultados.....	22

5.1 Prevalencia de histerectomías.....	23
5.2. Tipos de histerectomía e indicaciones.....	25
5.2.3 Distribución según variables demográficas	29
5.2.4 Complicaciones postoperatorias.....	40
 CAPÍTULO VI	
6. Discusión	32
 CAPÍTULO VII	
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	38
7.1. Conclusiones	38
7.2. Recomendaciones	39
 Referencias Bibliográficas	41
Anexos	43

RESUMEN

Objetivo. Establecer la prevalencia, características e indicaciones de histerectomía en el Hospital Homero Castanier desde junio de 2005 a julio de 2008.

Materiales y Método. Con un diseño descriptivo se recopiló información documental de 332 expedientes clínicos de mujeres a quienes se realizó histerectomía en un período de 38 meses.

Resultados. De las 10151 cirugías realizadas desde junio de 2005 a julio de 2008 el 32,7% fueron histerectomías. El promedio anual de cirugías fue de 2537 ± 564 y entre ellas la histerectomía representó del 3,3%.

El promedio de edad de las pacientes histerectomizadas fue de $45,7 \pm 11,7$ años entre un mínimo de 15 y un máxima de 87 años. Las amas de casa fueron el 75%. Las casadas fueron el 73,8% y el 65,4% de todas ellas reside en la zona urbana.

Se realizó histerectomía abdominal en el 85,5% de los casos. La vaginal, en el 96% de las pacientes con prolapso uterino ($n = 50$). El 56,9% de los procedimientos fue por miomas. Hiperplasia endometrial y prolapso uterino fueron la segunda indicación.

El 51,8% de pacientes tuvo entre 3 y 5 embarazos, el promedio fue de $3,59 \pm 2,3$ entre un mínimo de 0 y un máximo de 15.

El 44% de las histerectomizadas tuvo entre 3 a 5 partos. Una de cada siete mujeres tuvo más de 5 partos (14,2%). El promedio fue de 3 entre un mínimo de 0 y un máximo de 14 partos.

El 41,6% tuvo entre 1 y 2 abortos y una de cada 37 mujeres tuvo más de 3 abortos.

Discusión. Los resultados son similares a los publicados en las series de otros países.

Descriptores DeCS: histerectomía, miomatosis, prolapso uterino, multiparidad.

SUMMARY

Objective. To establish prevalence, characteristics and indications of hysterectomy in Homero Castanier Hospital from June of 2005 to 2008 July.

Materials and Method. With a descriptive design documentary information of 332 clinical files of women was compiled to those who hysterectomy was made in a period of 38 months.

Results. Of 10151 surgeries made from June of 2005 to 2008 July 32.7% were hysterectomies. Annual average of surgeries was 2537 ± 564 and among them hysterectomy represented 3.3%

Age overage of patients was 45.7 ± 11.7 years between a range 15 to 87 years. The housewives were 75% of them. Married ones were 73.8% and 65.4% of all of them reside in urban zone.

Abdominal hysterectomy was made in 85.5% of cases. The vaginal one, in 96% of patients with uterine prolapse ($n = 50$).

The 56.9% of procedures were by miomas. Endometrial hiperplasy and uterine prolapse were second indication.

The 51.8% of patients had between 3 and 5 pregnancies, average was 3.59 ± 2.3 between a minimum of 0 and a maximum of 15. The 44% of patients ones had between 3 to 5 childbirths. One of each seven women had more than 5 childbirths (14.2%). The average was of 3 between a minimum of 0 and a maximum of 14 childbirths. 41.6% had between 1 and 2 abortions and one of each 37 women had more than 3 abortions.

Discussion. Results are similar to published ones in series of other countries.

Key words: hysterectomy, miomatosis, uterine prolapse, multiparity.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la segunda intervención quirúrgica más común e importante entre mujeres en edad reproductiva (1).

Es un procedimiento quirúrgico planificado pero también puede ser un tratamiento de urgencia por alguna situación específica que ponga en peligro la vida de una mujer. Los clásicos ejemplos lo constituyen las anomalías de la inserción de la placenta y ciertas condiciones traumáticas que pueden producir una hemorragia controlable a través de este procedimiento.

Las indicaciones para la histerectomía tanto abdominal como vaginal en algunos países desarrollados, ha generado algunas consideraciones controversiales iniciadas en la década de los años setentas del siglo que feneció (2).

Aproximadamente un diez por ciento de las histerectomías se efectúan para tratar el cáncer, ya sea cervical, de ovarios o de endometrio, la modificación de la situación epidemiológica influirá consecuentemente sobre su prevalencia e incidencia de acuerdo a las situaciones de salud poblacionales (3).

Las particularidades sobre la técnica quirúrgica también se han modificado con el advenimiento de la laparoscopia, que dicho sea de paso se inició en el campo de la ginecología, pero estas modificaciones serán de consideración en otro ámbito como el de medir las destrezas del cirujano con la adopción de nuevos dispositivos.

En la práctica clínica de nuestro país la histerectomía sigue siendo el procedimiento quirúrgico más frecuente en la mujer después de la cesárea y el legrado uterino y en el Hospital Homero Castanier, una institución del Ministerio

de Salud que acoge una población de aproximadamente doscientos diecisiete mil habitantes de la provincia del Cañar, representa un centro donde se realiza histerectomías abdominales y vaginales por indicaciones probablemente similares a las de otros centros.

1.1. JUSTIFICACIÓN

El interés por disponer de esta información respalda nuestra propuesta que tiene por objetivo central describir la prevalencia de la histerectomía en el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues, las características de acuerdo a las condiciones demográficas de la población intervenida, las indicaciones por las cuales se realiza la histerectomía en nuestro medio, las técnicas quirúrgicas empleadas y la evolución postoperatoria. Se trata de un estudio descriptivo que recopila información de un período de tres años recurriendo a las estadísticas del Hospital y extrayendo la información de cada uno de los expedientes de las pacientes.

La información obtenida nos orienta en el diagnóstico de salud de la población femenina que acude al Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital y de hecho permite identificar los ámbitos en los que es necesario la intervención a través de medidas preventivas de protección y fomento de la salud reproductiva de la comunidad.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN

Según el diccionario Stedman de términos médicos, histerectomía es la extracción quirúrgica del útero sin los anexos, es decir, sin los ovarios y trompas de Falopio (4).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la mujer pero las variaciones regionales e internacionales sobre sus indicaciones y métodos quirúrgicos han venido siendo discutidos desde la década de los setentas del siglo que feneció (1).

En algunos países como los EUA donde la incidencia anual fue de 670 por cada 100 mil mujeres en 1975, diez años después era de 550 por cada 100 mil (5).

En Inglaterra y Gales se han reportado tasas de 280 por cien mil y en Escocia de 249 por cien mil (6).

En Escandinavia, la tasa más alta fue la de Dinamarca, 360 por cada 100 mil y la más baja fue la de Noruega, 165 por cada 100 mil (7,8).

Para 1989 una quinta parte de las mujeres entre 45 y 64 años de edad, en Finlandia, tuvieron una histerectomía en tanto que en los EUA un tercio de las mujeres mayores de 45 años fueron sometidas a esta operación (9,10).

En América Latina no se dispone de mayor información para esas épocas. Años posteriores a las publicaciones anglosajonas se han publicado algunos datos especialmente de Cuba donde la salud pública cumple un papel importante en la provisión de servicios médicos. El grupo de edad en el que se realizan más histerectomías es mayor a los 30 años y la tasa anual llega al 21,8 por cada 100 mil (11).

En nuestro país, la Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), en su información del año 2004, no incluye la tasa de histerectomías para Ecuador, aunque si publica que del total de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) únicamente el 34,7% fue informada del cáncer de útero cuando se realizó el tratamiento quirúrgico (12).

2.3. CAUSAS DE HISTERECTOMÍA

Las causas más frecuentes por las que se realiza una histerectomía son (13,14):

- Miomatosis uterina
- Miometritis
- Prolapso uterino
- Endometriosis
- Cáncer cervical, endometrial o de ovario
- Enfermedad inflamatoria pélvica

2.3.1. Miomatosis uterina (14)

Los miomas también son denominados fibroides uterinos, fibromiomas o leiomiomas. Son tumores no cancerosos que se adhieren o se desarrollan dentro de la pared del útero. Son el tumor pélvico más común. Se desconoce la causa de los miomas en el útero.

Los miomas uterinos pueden estar presentes en el 15-20% de las mujeres en sus años reproductivos, es decir, el tiempo después de comenzar la menstruación por primera vez y antes de la menopausia. Estos miomas pueden afectar del 30 al 40% de las mujeres después de los 30 años de edad y ocurren 2 a 3 veces con más frecuencia en mujeres de raza negra que en mujeres de raza blanca.

El crecimiento de los miomas uterinos parece depender de la hormona estrógeno. En tanto una mujer con dichos miomas esté menstruando, estos quizá seguirán creciendo, generalmente de manera lenta. Esta afección casi nunca afecta a mujeres menores de 20 años de edad o a mujeres posmenopáusicas.

Los miomas uterinos comienzan como pequeñas plántulas que se diseminan a lo largo de las paredes musculares del útero y pueden ser tan diminutas que puede ser necesario un microscopio para observarlas. Sin embargo, también pueden crecer con un gran tamaño, pueden llenar todo el útero y pesar varias libras. Aunque es posible que sólo se desarrolle un mioma uterino, generalmente hay más de uno.

Algunas veces, un mioma uterino cuelga de un tallo largo, que está adherido al exterior del útero y se denomina mioma pediculado. Dicho mioma puede resultar retorcido, causar un ensortijamiento en los vasos sanguíneos que irrigan el tumor y puede requerir cirugía.

2.3.3. Prolapso uterino (14)

Se denomina también: hernia del piso pélvico y relajación pélvica.

Es la caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica dentro de la vagina.

Normalmente, el útero es sostenido por los tejidos conectivos de la pelvis y por el músculo pubococcígeo y se mantiene en su posición por medio de ligamentos especiales. El debilitamiento de estos tejidos permite que el útero caiga dentro de la cavidad vaginal. La causa más común de debilidad muscular es el trauma tisular que se sufre durante el parto, especialmente con niños grandes o con trabajos de parto y nacimientos difíciles.

Se cree también que la pérdida del tono muscular y la relajación de los músculos, que se asocian con el envejecimiento y la disminución de los niveles de estrógeno en las mujeres, juegan un papel importante en el desarrollo del prolapso uterino. Sin embargo, muy excepcionalmente, la caída del útero también se puede producir por un tumor pélvico.

El prolapso uterino es más común en las mujeres que han tenido uno o más partos vaginales y en las mujeres de raza blanca.

Se ha descrito que el prolapso uterino afecta a alrededor del 14% de las mujeres. Diversos factores pueden incrementar el riesgo de una mujer de presentar este problema, incluido el número de partos vaginales, el parto de un bebé grande, una edad cada vez mayor y actividades frecuentes relacionadas con levantar pesos. También contribuyen a su desarrollo una serie de dolencias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el estreñimiento crónico y la obesidad.

La obesidad ejerce tensión adicional en los músculos de soporte de la pelvis, así como la tos excesiva producida por enfermedades pulmonares, tales como la bronquitis crónica y el asma.

2.3.4. Endometriosis (14)

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más comunes, afectando a más de 5,5 millones de mujeres sólo en América del Norte. Los

dos síntomas más comunes de la endometriosis son el dolor y la infertilidad. Algunas mujeres tienen dolor antes o durante sus períodos menstruales, así como durante o después de las relaciones sexuales. Este dolor puede ser tan intenso que afecta la calidad de vida de la mujer, desde sus relaciones hasta sus actividades diarias. Otras mujeres no tienen síntomas. Algunas no se enteran que tienen la enfermedad hasta que tienen dificultades en salir embarazadas.

2.3.5. Cáncer cervical (14)

En medicina, se considera como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino a aquellas neoplasias malignas epiteliales que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten. El cáncer cervical o de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres, y en países en vías de desarrollo, es el más frecuente, diagnosticándose más de 400,000 casos nuevos cada año.

Con el descubrimiento realizado en 1976 del papel importante que posee el VPH en la formación de éste cáncer se realizó un gran avance en su investigación. Esto sentó las bases sobre las que después se harían las investigaciones sobre la vacuna contra el cáncer cervical.

2.3.6. Cáncer endometrial (14)

Se denomina también adenocarcinoma del endometrio-útero, adenocarcinoma del útero, cáncer uterino, adenocarcinoma endometrial/uterino, cáncer endometrial y cáncer del cuerpo uterino.

Es un cáncer que comienza en el endometrio, el revestimiento del útero (matriz). Es el tipo más común de cáncer uterino. Aunque no se conoce la

causa exacta de este cáncer, el aumento en los niveles de estrógeno parece jugar un papel. El estrógeno ayuda a estimular la formación del revestimiento del útero. Los estudios han mostrado que los altos niveles de estrógeno en animales producen crecimiento endometrial excesivo y cáncer.

La mayoría de los casos de cáncer endometrial ocurre entre las edades de 60 y 70 años, pero unos cuantos casos pueden presentarse antes de los 40 años.

Los siguientes factores incrementan el riesgo de padecer cáncer endometrial:

- Diabetes
- Estrogenoterapia reconstitutiva sin el uso de progesterona
- Antecedentes de pólipos endometriales u otros tumores benignos del revestimiento uterino
- Infertilidad.
- Tamoxifeno.
- Nunca haber estado en embarazo
- Obesidad
- Inicio de la menstruación a temprana edad (antes de los 12 años)
- Comenzar la menopausia después de los 50 años

Las afecciones asociadas abarcan las siguientes:

- Cáncer de colon o de mama
- Hipertensión
- Poliquistosis ovárica

2.3.7. Cáncer de ovario (14)

Actualmente, se desconoce cómo y por qué aparece el cáncer de ovario. Sin embargo, se conocen diversos factores hormonales y reproductivos que pueden favorecer su aparición como la infertilidad o un número pequeño de embarazos. Los factores genéticos son determinantes tan sólo en un 10-15% de los casos. En estos casos se asocian el cáncer de mama y el de ovario en una misma familia o, incluso, en una misma persona. Se sospecha que algunos

factores ambientales como la grasa de la dieta, la utilización de polvos de talco o algunas infecciones por virus, pueden tener alguna importancia en la aparición de esta enfermedad. Se estima que el 1.5% de las mujeres son diagnosticadas de esta enfermedad a lo largo de toda su vida. Aunque el cáncer de ovario se puede presentar en la juventud, la inmensa mayoría de los casos ocurren después de la menopausia.

Es una enfermedad que suele producir pocos síntomas, pudiendo alcanzar tamaños muy grandes antes de causarlos. Los más frecuentes son la sensación de peso en la pelvis, la necesidad de orinar con mucha frecuencia, la palpación de una masa pélvica y el aumento del perímetro abdominal con sensación de tirantez.

El cáncer de ovario es menos frecuente en las mujeres que han tenido varios hijos. También es menos frecuente entre las mujeres que han tomado anovulatorios orales durante años. No obstante, ningún estudio ha demostrado que esa menor probabilidad de cáncer de ovario en las mujeres que han tomado anticonceptivos se vea compensada por otros efectos secundarios como el aumento de incidencia de enfermedades cardiovasculares y, posiblemente, de otros tumores. Por eso no está justificado su uso preventivo en la población general. Un caso especial son las mujeres de muy alto riesgo, como aquellas con un síndrome hereditario de cáncer de mama y ovario en las que se está estudiando el papel protector de los anovulatorios e incluso, puede proponerse a la paciente, la extirpación de ambos ovarios a los 35 años si ya ha cumplido sus deseos de descendencia.

2.3.8. Miometritis (14)

Denominada también infección genital femenina, ooforitis, salpingitis, salpingo ooforitis y salpingo peritonitis.

Es un término general que hace referencia a la infección del revestimiento del útero, las trompas de Falopio o los ovarios.

La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) son causados por las mismas bacterias que llevan a las enfermedades de transmisión sexual (como la clamidia, gonorrea, micoplasma, estafilococo y estreptococo).

Aunque la transmisión sexual es la causa más común de esta afección, las bacterias pueden penetrar en el organismo después de procedimientos ginecológicos, como la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), un parto, un aborto espontáneo, un aborto electivo o terapéutico y una biopsia del endometrio.

En los Estados Unidos, cerca de 1 millón de mujeres presentan enfermedad inflamatoria pélvica anualmente y se estima que 1 de cada 8 adolescentes sexualmente activas presentarán esta enfermedad antes de los 20 años. Dado que esta afección generalmente no se diagnostica en forma completa, los datos estadísticos probablemente son más altos de lo estimado.

Los factores de riesgo incluyen:

- Actividad sexual durante la adolescencia
- Compañeros sexuales múltiples
- Antecedentes de EIP
- Antecedentes de cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- Inserción de un DIU

Se cree que en algunos casos las píldoras anticonceptivas llevan a que se presente ectropión cervical, una afección que permite un acceso más fácil al tejido donde las bacterias pueden proliferar. Sin embargo, este tipo de anticonceptivos pueden proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica,

estimulando el organismo a producir un moco cervical más espeso, que hace más difícil que el semen transporte bacterias al útero.

Entre los síntomas más comunes de la EIP se pueden mencionar:

- Secreción vaginal con color, consistencia u olor anormal
- Dolor abdominal
- Fiebre: (no siempre se presenta y puede aparecer y desaparecer)

Otros síntomas inespecíficos que pueden verse en la EIP comprenden:

- Escalofríos
- Sangrado o manchado menstrual irregular
- Aumento del cólico menstrual
- Ausencia de la menstruación
- Aumento del dolor durante la ovulación
- Relaciones sexuales dolorosas
- Sangrado después de la relación sexual
- Lumbago
- Fatiga, inapetencia
- Náuseas con o sin vómitos
- Micción frecuente y dolorosa
- Sensibilidad

2.4. TIPOS DE HISTERECTOMÍA (15)

La histerectomía presenta variantes dependiendo de la manera como se realice:

- Histerectomía Abdominal
- Histerectomía Abdominal con Mini Laparotomía
- Histerectomía Vaginal
- Histerectomía Laparoscópica Total
- Histerectomía Laparoscópica Asistida

Ninguno de estos tipos incluye la extracción de los ovarios o las trompas de Falopio, este procedimiento (salpingo-ooforectomía) tiene otras indicaciones propias.

La *histerectomía abdominal* es la que más se realiza en el mundo y consiste en extirpar el útero a través de la pared abdominal mediante una incisión transversal (como una cesárea) o longitudinal (del pubis al ombligo), esta última debiera ser reservada en la actualidad casi exclusivamente para casos oncológicos (cáncer).

Este tipo de histerectomía no forma parte de lo que en la actualidad llamamos *cirugía mínimamente invasiva* ya que requiere de unos 3 a 4 días de hospitalización y es relativamente dolorosa en su post operatorio. Este procedimiento tiene a perder adeptos en la actualidad.

La histerectomía por *minilaparotomía* usa un separador especial para llegar al útero por la vía abdominal, tiene una buena recuperación pero de todas maneras implica una laparotomía. Muchos especialistas la reservan preferentemente para extirpar miomas uterinos cuando se desea preservar fertilidad y quieren realizar una cuidadosa sutura de útero.

La *histerectomía vaginal* es la que tiene mejor recuperación. Es una extraordinaria manera de extirpar el útero y es la vía preferente en muchos centros europeos. Requiere de experiencia en cirugía vaginal y uroginecología ya que con frecuencia debe realizarse en concomitancia con reparación del suelo pélvico (corrección de prolapsos e incontinencia urinaria). Lo más llamativo es su recuperación; la paciente se encuentra prácticamente asintomática al día siguiente y a las 48 horas en su hogar.

Las otras histerectomías consisten en utilizar un *laparoscopio* que es un tubo con una cámara que por el ombligo visualiza el abdomen e inyecta gas para mantenerlo distendido. Se agregan dos pequeñas punciones abdominales

bajas de 5 mm cada una, por las cuales se introducen los instrumentos. Estos son coaguladores, pinzas y tijeras.

La histerectomía se considera un procedimiento quirúrgico mayor, por lo que debe ser realizado por médicos expertos y con entrenamiento amplio en el campo de la Ginecología. Antes de la realización de una histerectomía, el médico explicará a su paciente y a su pareja, las posibles complicaciones y consecuencias que pueden ocurrir con la realización de esta cirugía (16).

Es importante, para toda paciente a quien se le sugiere la realización de una histerectomía, conocer si existen posibilidades alternas para el tratamiento de su enfermedad y por tanto que la paciente esté completamente segura de su deseo o no de paridad futura (16).

2.5. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR UNA HISTERECTOMÍA (16,17)

Para la **histerectomía abdominal** se extirpa el útero a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, de unas seis a ocho pulgadas de longitud. Este procedimiento se suele utilizar cuando se deben extirpar los ovarios y las trompas de Falopio, cuando el útero está agrandado, o cuando la enfermedad se ha propagado a la cavidad pélvica, como podría ocurrir en un caso de endometriosis o cáncer. La principal incisión quirúrgica puede ser vertical, desde el ombligo al pubis, u horizontal, a lo largo de la parte superior de la línea del vello púbico.

Para la **histerectomía vaginal** se extirpa el útero a través de la abertura de la vagina. Este procedimiento suele emplearse en casos de prolapso uterino o cuando es necesario efectuar la reparación de la vagina a causa de condiciones relacionadas. No se realizan incisiones externas, lo cual significa que no quedan cicatrices visibles.

Para la **histerectomía vaginal asistida por laparoscopia**. La histerectomía vaginal se realiza con la ayuda de un laparoscopio, un tubo delgado y flexible que contiene una cámara de video. Se insertan tubos delgados a través de pequeñas incisiones realizadas en el abdomen cerca del ombligo. Luego, se extirpa el útero en secciones a través del laparoscopio o por la vagina.

El cirujano determina el tipo de histerectomía realizado y la técnica utilizada para realizar el procedimiento, en base a su situación específica.

2.6. CÁNCER DE CÉRVIX E HISTERECTOMÍA

El cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres en el mundo. Cada año se presentan alrededor de 466.000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino, la mayoría de ellos en países en desarrollo donde rutinariamente no se realizan adecuados programas de tamizaje. De las 231.000 muertes anuales a causa de este cáncer, aproximadamente el 80% se produce en los países en desarrollo, donde constituye el más letal de los cánceres entre las mujeres (18).

La detección precoz del cáncer de cérvix es una medida costo-efectiva que permite salvar muchas vidas. El cáncer de cuello uterino se presenta en un amplio rango de edad, usualmente en la quinta o sexta décadas de la vida (promedio de 54 años). En contraste, las lesiones intraepiteliales, que son precursoras de la enfermedad invasiva, frecuentemente ocurren en mujeres más jóvenes (a menudo por debajo de los 40 años) (19).

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria.

La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical. La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana

de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anormalidades. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical (20).

El gran éxito de la citología en el tamizaje del cáncer de cuello uterino ha generado una expectativa irreal de que éste es un test perfecto. Sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70 a 80%. Los factores que limitan la sensibilidad de esta prueba incluyen: tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de una pocas células anormales en la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo (20)

Aproximadamente la mitad de los cánceres diagnosticados en Estados Unidos ocurren en mujeres que nunca se han realizado tamizaje, y un 10% adicional se presenta en mujeres sin una citología en los últimos cinco años. Aunque la American Cancer Society (ACS) plantea la inclusión de nuevas tecnologías para el tamizaje de cáncer cervical, lo que más terreno está ganando en la reducción de la incidencia y mortalidad por esta patología, es incrementar la cobertura a mujeres que nunca se han realizado una citología y a aquellas que lo hacen de forma irregular, al igual que el uso de dispositivos más efectivos para la recolección de las muestras de cérvix (21)

En términos de prevención secundaria, los programas de tamizaje son el método más apropiado y efectivo para prevenir el cáncer de cuello uterino, como se evidencia en Islandia y Finlandia donde se ha observado disminución en la incidencia y mortalidad desde la introducción de programas bien organizados. Igualmente en Rhode Island, como resultado de la implementación del programa, en 1999 sólo 0,4% de las mujeres con cáncer de

cérvix murieron a consecuencia de éste, y en el año 2000 esta patología constituyó menos del 1% de todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados. La proporción de mujeres que se realizaron citología se incrementó de 80% en 1992 a 89% en 2000, mientras que la cobertura, en los mismos años aumentó de 84 a 87%. De continuar esta tendencia, la mortalidad para el año 2010 se reducirá a 2 por 100.000 mujeres (menor a la esperada para Estados Unidos en general, donde se calcula en 3 por 100.000) (21).

La experiencia del programa en Inglaterra, que está centrado en estrategias orientadas a modificar actitudes y conocimientos, muestra una importante disminución de la mortalidad durante los 90. Se concluye que con un programa de tamizaje adecuado es posible para el año 2011, alcanzar una reducción del 40% de la mortalidad por cáncer de cuello uterino (22).

El cáncer de cérvix es una enfermedad potencialmente prevenible. Es importante estar alerta a los factores de riesgo, técnicas de tamizaje y opciones diagnósticas disponibles, con especial atención al manejo de las lesiones preinvasivas (22).

2.7. LIE E HISTERECTOMÍA (23)

Las células de la superficie del cérvix o cuello del útero algunas veces parecen anormales pero no cancerosas. Los científicos creen que algunos cambios anormales en las células del cérvix son el primer paso en una serie de cambios lentos que pueden conducir al cáncer años más tarde. Es decir, algunos cambios anormales son precancerosos y pueden convertirse en cancerosos con el tiempo.

Al pasar de los años, los médicos han usado términos diferentes para referirse a cambios anormales en las células de la superficie del cuello uterino. Un término que se usa ahora es el de **lesión intraepitelial escamosa LIE**. La palabra lesión se refiere a un área de tejido anormal; intraepitelial significa que

las células anormales están presentes sólo en la capa superficial de células). Los cambios en estas células se pueden dividir en dos categorías:

- ***Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE de bajo grado).*** Se refiere a cambios precoces en el tamaño, forma y número de células que forman la superficie del cérvix. Algunas lesiones de bajo grado desaparecen por sí mismas. Sin embargo, con el tiempo, otras lesiones pueden crecer o hacerse más anormales y formar una lesión de alto grado. Las lesiones precancerosas de bajo grado también se llaman displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Tales cambios precoces en el cérvix ocurren con más frecuencia en mujeres de 25 a 35 años de edad pero pueden aparecer también en otros grupos de edad.
- ***Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE de alto grado).*** Significa que hay un gran número de células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales. Del mismo modo que las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, estos cambios precancerosos comprenden sólo células en la superficie del cuello del útero. Estas células no se harán cancerosas y no invadirán las capas más profundas del cérvix por muchos meses, tal vez años. A las lesiones de alto grado también se les conoce como displasia moderada o severa (NIC 2 ó 3 o bien carcinoma in situ). Estas lesiones se presentan con más frecuencia en mujeres de 30 a 40 años de edad pero pueden aparecer también en otros grupos de edad.

Si las células anormales se diseminan con más profundidad dentro del cérvix o a otros tejidos u órganos, la enfermedad se llama entonces **cáncer cervical o cáncer cervical invasor**. Esto ocurre con más frecuencia en mujeres de más de 40 años de edad.

2.7.1. TRATAMIENTO DE LIE DE BAJO GRADO

Tras el diagnóstico de LIE de bajo grado las opciones terapéuticas incluyen: 1) la escisión local, 2) no tratamiento para pacientes capaces de realizar el seguimiento, dado que el 60% de las LIE de bajo grado regresarán espontáneamente, y 3) la extirpación sin confirmación histológica del diagnóstico es inapropiada e inaceptable.

2.7.2. TRATAMIENTO DE LIE DE ALTO GRADO

De por sí no significa que es una indicación de histerectomía, ésta se realizará dependiendo de los resultados del seguimiento y sobre todo de los deseos de maternidad que pueda tener la paciente. Se considera que un 15% de estas lesiones tienden a recidivar con persistencia lo que lleva a un tratamiento definitivo mediante la cirugía. En estudios de seguimientos a grandes series de casos se ha llegado a conocer que no más del 20% han necesitado realizárseles histerectomía.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer la prevalencia, características de la población e indicaciones de histerectomía en el Hospital Homero Castanier de Azogues en el período junio 2005 a julio 2008.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia anual de histerectomía en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008.
- Describir las características de la histerectomía según las variables de la población de estudio: edad, ocupación, procedencia, estado civil, historia obstétrica y complicaciones postoperatorias.
- Identificar el tipo de histerectomía.
- Determinar las principales indicaciones de la histerectomía.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo que recopiló la información de los expedientes clínicos de las pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en un período de tres años.

4.2. Población de Estudio y Muestra

Se consideró universo de estudio a todas las pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008.

4.3. Variables

Se consideraron como variables de estudio: la prevalencia anual de histerectomía, el tipo de histerectomía, las indicaciones de histerectomía, así como edad, ocupación, residencia, estado civil, historia obstétrica y complicaciones posoperatorias.

4.4. Criterios de inclusión

Los expedientes clínicos de las pacientes que fueron histerectomizadas en el período de junio de 2005 a julio de 2008.

4.5. Criterios de exclusión

Expedientes clínicos con información incompleta.

4.6. Procedimientos y Técnicas

- Aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Elaboración de un formulario para recopilación de la información. Anexo 1.
- Solicitud a las autoridades del Hospital para acceder al Departamento de Estadísticas. Anexo 2.
- Acceso a los registros de intervenciones quirúrgicas de los años 2005 a 2008 para identificar los expedientes clínicos.
- Revisión de los expedientes clínicos de las pacientes a quienes se realizó histerectomía.
- Recopilación de la información sobre las variables de interés para el estudio.

4.7. Análisis de la información y presentación de los resultados

La información recopilada fue ingresada en una base de datos de un programa de ordenador el SPSS™ versión 15.0 en español para Windows™.

Para el procesamiento de la información aplicamos estadística descriptiva y se analizó la información de acuerdo al tipo de variable. Las variables cualitativas y cuantitativas discretas fueron analizadas con frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas continuas se analizaron con promedios y desviación estándar. No se utilizó ninguna prueba estadística porque el diseño del trabajo no lo requiere.

Los resultados se presentan en número de casos (n), porcentajes (%), promedios y desviación estándar ($X \pm DE$) para las variables continuas.

Todos los resultados se presentan en tablas que describen la frecuencia, porcentajes y número de casos.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

El tamaño muestral incluyó 332 expedientes clínicos de pacientes a quienes se realizó histerectomía en el Hospital Homero Castanier desde junio de 2005 a julio de 2008.

La información recabada en todos los expedientes fue completa de manera que no se eliminó ningún expediente. El análisis se realiza sobre 332 casos.

5.2.1. Prevalencia anual de histerectomías

Tabla 1

Prevalencia anual de Histerectomías en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Año	Cirugías/año	Histerectomías/año	Tasa anual
2005	2123	74	3,5%
2006	3008	92	3,1%
2007	3040	104	3,4%
2008	1980	62	3,1%

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

La histerectomía representó entre el 3,1% y el 3,5% de las cirugías realizadas cada año en el Hospital tiene entre 3008 y 3040 procedimientos que corresponden a un promedio mensual entre 250 a 270 cirugías.

5.2.2. Tipos de histerectomía e indicaciones

Tabla 2

Distribución, según tipo de intervención, de 332 histerectomías realizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Tipo de histerectomía	Frecuencia	%
Abdominal	284	85,5
Vaginal	48	14,5
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

Cuatro de cada cinco histerectomías realizadas en el Hospital Homero Castanier fueron abdominales.

Todas las histerectomías vaginales fueron realizado por una sola indicación quirúrgica: prolapso uterino.

Tabla 3

Distribución, según indicación, de 332 histerectomías realizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Indicación de histerectomía	Frecuencia	%
Miomas uterinos	189	56,9
Hiperplasia endometrial	50	15,1
Prolapso uterino	50	15,1
Cáncer de útero	11	3,3
Hemorragia uterina disfuncional	9	2,7
Displasia de cuello	8	2,4
Cáncer de cuello	8	2,4
Endometriosis	7	2,1
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

Más de la mitad de histerectomías se debieron a miomas uterinos. La hiperplasia endometrial y el prolapso uterino fueron la segunda indicación para la intervención. Las tres indicaciones significaron el 87,1% del total.

Las patologías tumorales como cáncer de útero (3,3%), cáncer de cuello (2,4%) y displasia de cuello (2,4%), juntas fueron el 8,1% de las indicaciones de histerectomía.

De las 50 pacientes con prolapso uterino las 48 (96%) fueron histerectomizadas por vía vaginal (véase tabla anterior).

5.2.3. Distribución según variables demográficas

Tabla 4

Distribución, según grupos de edad, de 332 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Grupos de edad	Frecuencia	%
15 a 29 años	26	7,8
30 a 45 años	174	52,4
46 a 60 años	98	29,5
61 a 90 años	34	10,2
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

El 52,4% de las histerectomizadas estuvo entre los 30 y 45 años de edad. Entre los 46 y 60 años fue histerectomizada el 29,5% de la población de estudio.

De 15 a 29 años, edad en la que la función uterina se inicia y es sinónimo de salud reproductiva, fue histerectomizada el 7,8% de las mujeres. En el otro extremo de la función uterina, 61 a 90 años, estuvo el 10,2% de las pacientes.

El promedio de edad para la población de estudio fue de $45,7 \pm 11,7$ años entre una edad mínima de 15 y una máxima de 87 años.

Tabla 5

Distribución, según ocupación, de 332 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Ocupación	Frecuencia	%
Agricultora	42	12,7
Ama de casa	249	75,0
Comerciante	29	8,7
Profesional	12	3,6
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

Tres de cada cuatro mujeres histerectomizadas fueron amas de casa, una de cada ocho (12,7%) fue agricultora. Las mujeres profesionales y las dedicadas a actividades comerciales fueron el 12,3%.

Tabla 6

Distribución, según residencia, de 332 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	48	14,5
Casada	245	73,8
Viuda	25	7,5
Divorciada	9	2,7
Unión Libre	5	1,5
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

Las tres cuartas partes de las histerectomizadas fueron mujeres casadas (73,8%). Una de cada siete mujeres fue soltera (14,5%) y dentro del 11,7% restante estuvieron las viudas, divorciadas y con unión libre.

Tabla 7

Distribución, según residencia, de 332 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Residencia	Frecuencia	%
Urbana	217	65,4
Rural	115	34,6
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

El 65,4% de las pacientes histerectomizadas residen en la zona urbana. Provenientes de la zona rural fueron una de cada tres de ellas.

Tabla 8

Distribución, según historia obstétrica, de 332 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Historia Obstétrica	Frecuencia	%
<i>Gestaciones</i>		
0 gestas	16	4,8
De 1 a 2 gestas	97	29,2
De 3 a 5 gestas	172	51,8
De 5 en adelante	47	14,2
<i>Partos</i>		
0 partos	18	5,4
De 1 a 2 partos	139	41,9
De 3 a 5 partos	146	44,0
De 5 en adelante	29	8,7
<i>Abortos</i>		
0 abortos	185	55,7
De 1 a 2 abortos.	138	41,6
De 3 a 5 abortos	9	2,7

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autoras

Más de la mitad de las pacientes (51,8%) tuvo entre 3 y 5 embarazos y una cuarta parte de la población de estudio tuvo entre 1 y 2.

El promedio de embarazos fue de $3,59 \pm 2,3$ entre un mínimo de 0 y un máximo de 15 embarazos.

En cuanto a la paridad, fueron multíparas el 44% de las histerectomizadas y un porcentaje similar (41,9%) tuvo entre 1 y 2 partos. Una de cada siete mujeres de la población de estudio fue gran multípara (14,2%).

El promedio de partos fue 3 ± 2 entre un mínimo de 0 y un máximo de 14 partos.

Más de la mitad de las histerectomizadas (55,7%) no tuvo abortos. El 41,6% tuvo entre 1 y 2 abortos. Una de cada 37 mujeres tuvo más de 3 abortos.

El promedio de abortos fue menor a 1 entre un máximo de 4 y un mínimo de cero abortos.

5.2.4. Complicaciones postoperatorias

Tabla 9

Distribución, según complicaciones postoperatorias, de 332 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier en el período junio 2005 a julio 2008. Azogues, 2008.

Complicaciones	Frecuencia	%
Infección de la herida	2	0,6
Sin complicaciones	330	99,4
TOTAL	332	100

Fuente: formulario de Investigación
Elaboración: autoras

Se registraron como complicaciones únicamente la infección de herida en dos pacientes histerectomizadas.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En la práctica clínica de nuestras instituciones de salud tanto públicas como privadas la histerectomía ocupa un lugar importante entre los procedimientos quirúrgicos de la mujer. A nivel de informativos de las entidades que publican estadísticas de salud del país como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) no se detalla esta información pero sí se da a conocer, dentro del ámbito de la salud materna, que en el Ecuador el cáncer de cuello uterino es la patología neoplásica más frecuente y constituye la principal causa de enfermedad y muerte por cáncer en las mujeres, aunque tan sólo el 34.7% de ellas está debidamente informada de ese riesgo para su salud (12).

Detalles como la edad en la que se realiza la histerectomía con más frecuencia o las indicaciones que determinan su extracción quirúrgica son parte, sin duda, de la información de cada institución de salud en donde se realizan pero no son de amplia difusión. En este contexto, el presente estudio, como resultado de una recopilación documental de un período de 38 meses de labores del Centro Quirúrgico del Hospital Homero Castanier dentro de los cuales se encuentra la cirugía ginecológica y obstétrica, aporta con información válida sobre ciertas características de la mujer histerectomizada en relación con la indicación más frecuente para este procedimiento, la edad más proclive al tratamiento, el tipo de ocupación, el estado civil de la paciente, su residencia y finalmente su historia obstétrica.

La prevalencia anual de la histerectomía dentro del movimiento quirúrgico del Hospital Homero Castanier fue del 3,1% al 3,5% es decir de cada 1000 cirugías electivas realizadas 31 a 35 son histerectomías.

Publicaciones de otros países como la realizada por el Servicio de Tocoginecología del Hospital Angela de Llano, de Corrientes (Argentina) dan cuenta que la histerectomía es una de las cirugías ginecológicas electivas más comunes en esa institución de salud. El 65% de estos procedimientos se efectúan en el grupo de edad reproductiva, alrededor del 30% en mujeres perimenopáusicas y el resto en mayores de 65 años (20).

En nuestra recopilación el 60,2% de las histerectomías fueron realizadas entre 15 y 45 años, la edad reproductiva en la mujer ecuatoriana; el 29,5% en edad perimenopáusica y sobre los 60 años el 10,2%.

En los países europeos la histerectomía muestra otro comportamiento en relación con la edad en la que se realiza con más frecuencia. Un estudio realizado en Finlandia por el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Helsinki, que recoge la casuística desde 1987 a 1989 se reporta que hasta los 39 años de edad por lo menos el 99% de la población femenina conserva su útero y que la edad de las histerectomizadas está entre 39 y 54 años. Después de esta edad menos del 20% de mujeres son sometidas a histerectomía y las principales indicaciones son las alteraciones tumorales del órgano y de sus anexos (21).

En los Estados Unidos el porcentaje de histerectomizadas en estos mismos grupos de edad es un poco mayor y se reportan cifras cercanas a un 30% de la población femenina mayor de 45 años (22).

Sobre los motivos para histerectomía, Rivero y colaboradores anota que en su serie la indicación más frecuente a través de la vía abdominal es la leiomiomatosis, mientras que por vía vaginal es el prolapso uterino. Otras indicaciones habituales son la enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis e hiperplasia de endometrio (20).

Se ha reportado que comúnmente un poco más del 30% de las hysterectomías son debidas a miomatosis (23), pero en nuestro medio esta cifra parece ser muy superior. Sin duda, la diferencia de criterios de quienes manejan la especialidad en cuanto a las indicaciones o el beneficio del tratamiento quirúrgico puede estar determinando el aumento en las tasas de realización.

En nuestra recopilación el 56,9% de las hysterectomías se debieron a miomatosis. La hiperplasia endometrial y el prolapso uterino fueron la segunda indicación para la intervención. Las tres indicaciones significaron el 87,1% de las intervenciones en la población de estudio.

Las patologías tumorales como cáncer de útero (3,3%), cáncer de cuello (2,4%) y displasia de cuello (2,4%), juntas fueron no más del 8,1% de las indicaciones de hysterectomía.

En la mayoría de las pacientes, la elección de un procedimiento por vía vaginal o abdominal, depende del diagnóstico y los datos clínicos encontrados. Ambas técnicas tienen sus indicaciones aunque se otorga a la vía vaginal algunas ventajas como menos complicaciones quirúrgicas, corta estadía hospitalaria y recuperación más rápida. La hysterectomía abdominal esta indicada para las alteraciones acompañadas de disminución en la motilidad uterina, adherencias pélvicas y en los cánceres ginecológicos; la exploración adecuada de pelvis y abdomen y el tratamiento de las neoplasias genitales casi siempre requieren esta técnica (20).

En nuestra recopilación cuatro de cada cinco procedimientos fueron abdominales y el total de las hysterectomías vaginales fue realizado por diagnóstico de prolapso uterino condición que fue encontrada mayormente en pacientes mayores de 60 años que de hecho significaron el 45,8% del grupo a quien se realizó hysterectomía vaginal.

En los reportes publicados en la literatura especializada no hay información sobre relación del procedimiento con la ocupación, lugar de residencia o estado civil. Ninguna de estas variables parece influenciar el procedimiento en sí. Al respecto, los resultados de nuestro trabajo muestran que tres de cada cuatro mujeres histerectomizadas (75,0%) fueron amas de casa y una de cada ocho (12,7%) fue agricultora. Las profesionales y las dedicadas a actividades comerciales no sobrepasaron el 12,3%. Según estado civil, las casadas fueron el 73,8% y según residencia el 65,4% vivían en el área urbana.

La historia obstétrica que incluye antecedentes sobre número de gestaciones, partos y abortos, en los estudios publicados, la mayoría de ellos descriptivos como el nuestro, esta información está más relacionada con la selección de la técnica empleada para el procedimiento o la conveniencia de extraer un órgano de importancia vital para la mujer bajo la consideración de haber cumplido eficientemente la función reproductiva o de haber sufrido deterioro funcional como causa de múltiples embarazos, partos o abortos. Se incluye dentro de estas consideraciones la facilidad o dificultad que pueda ofrecer la extracción uterina al momento de seleccionar la vía de acceso quirúrgico (23-27).

Los hallazgos de nuestra recopilación sobre los antecedentes obstétricas de las pacientes de las que se recabó la información describen una mujer con vida reproductiva de características bastante comunes en nuestra realidad. Más de la mitad de ellas (51,8%) con una historia de 3 a 5 embarazos y un promedio de $3,59 \pm 2,3$ entre un mínimo de 0 y un máximo de 15 embarazos.

La multiparidad, es decir una historia de más de tres partos, característica más común en los países en vías de desarrollo, en nuestra recopilación se encontró en el 44% de la población de estudio y una de cada siete (14,2%) fue considerada gran múltipara. El número máximo de partos fue de 14 (una paciente = 0,3%) pero entre 10 y 13 partos se encontró el 2,1% (7 mujeres). En la recopilación del Hospital Angela de Llano de Corrientes la paridad fue de 0 a 14 partos con una mediana de 3 partos por paciente (20).

En cuanto a los abortos, en nuestra serie el 41,6% tuvo entre 1 y 2 abortos y una de cada 37 mujeres tuvo más de 3 abortos (2,7%).

Nuestro trabajo también incluyó la detección de complicaciones postoperatorias, sin embargo por la información registrada en los expedientes clínicos de únicamente dos casos de infección de herida (0,6%), esta variable sería objeto de un subregistro condición que resulta incontrolable por nuestra parte debido al diseño del estudio.

Algunas publicaciones reportan complicaciones de hasta el 18.6% en la histerectomía en general aunque existe cierta contradicción entre cuál de los procedimientos tiene complicaciones más frecuentes. Algunos investigadores han encontrado hasta el doble de complicaciones por vía abdominal que por vía vaginal y otros aseguran que ésta es más proclive a las complicaciones sobre todo las relacionadas con las infecciones postoperatorias inmediatas (20,28).

Sea como fuese, las principales complicaciones reportadas son infecciones de la herida, dehiscencia de sutura, tromboembolismo y hasta anemia. En la mayoría de estudios la complicación más frecuente sigue siendo la infección (28-32).

Finalmente, parece que los aspectos epidemiológicos de la histerectomía ya fueron definidos desde hace tres décadas por lo menos. Resultados similares a los que hemos señalado en las referencias bibliográficas desde la década de los ochenta del siglo último pasado han sido encontrados en un extenso estudio efectuado en New York por medio del que se recabó información de una base de datos de 295.148 pacientes atendidas durante 48 meses consecutivos desde mayo de 2001 hasta abril de 2005 (33).

Poco más de ocho mil histerectomías fueron realizadas en ese período en mujeres de 39,1 años de edad promedio cuya indicación principal para la intervención fue la miomatosis y la sintomatología principal el sangrado anormal (33).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- De las 10151 cirugías realizadas desde junio de 2005 a julio de 2008 el 32,7% fueron histerectomías. El promedio anual de cirugías fue de 2537 ± 564 y entre ellas la histerectomía representó del 3,3%.
- El 85,5% de las histerectomías fueron abdominales.
- La histerectomía vaginal fue realizada en el 96% de las pacientes con prolapso uterino ($n = 50$).
- El 56,9% de histerectomías se debió a miomas uterinos. Hiperplasia endometrial y prolapso uterino fueron la segunda indicación. Las tres significaron el 87,1% del total.
- El promedio de edad fue de $45,7 \pm 11,7$ años entre una edad mínima de 15 y una máxima de 87 años.
- La ocupación del 75% de las histerectomizadas fue ama de casa.
- Según estado civil, las casadas fueron el 73,8% y según residencia el 65,4% perteneció a la zona urbana.
- El 51,8% de las pacientes tuvo entre 3 y 5 embarazos, el promedio de embarazos fue de $3,59 \pm 2,3$ entre un mínimo de 0 y un máximo de 15.

- El 44% de las histerectomizadas tuvo entre 3 a 5 partos. Una de cada siete mujeres de la población de estudio fue gran múltipara (14,2%). El promedio de partos fue 3 entre un mínimo de 0 y un máximo de 14..
- El 41,6% tuvo entre 1 y 2 abortos y una de cada 37 mujeres tuvo más de 3 abortos.
- El encontrar 0,6% de complicaciones postoperatorias podría ser un subregistro de información. La literatura especializada evidencia mayor porcentaje de complicaciones para todos los procedimientos quirúrgicos en general.

7.2. Recomendaciones

- Frente a la realidad de que cuando se desea recopilar información, como la presente, los interesados encontramos muchas dificultades es de desear que nuestras instituciones de salud mantengan registros mucho más confiables, actualizados y ágiles. Además de proporcionar un fácil acceso a la información serán una herramienta útil para medir la gestión hospitalaria y realizar con oportunidad cualquier diagnóstico situacional requerido.
- El cumplimiento de la tesis de pregrado significa la producción de información válida para las instituciones donde se realizan y a su vez es una fuente de referencia para fines similares de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, sin embargo, en la práctica esta información producida no cumple estos objetivos o lo hace muy parcialmente. Las instancias existentes en nuestra Universidad, llámense Comisión de Asesoramiento de Tesis, Departamentos de Docencia o Institutos de Investigación, podrían diseñar una estrategia

para que la investigación realizada en la Universidad de Cuenca sea difundida y quizá publicada. De esta manera se cumplirían dos objetivos válidos: calificar la información producida y ponerla a disposición de los servicios de salud que sin duda lo necesitarán.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luoto R, Kaprio J, Keskimaki I, Pohjanlahti JP, Rutanen EM. Incidence, Causes and Surgical Methods for Hysterectomy in Finland, 1987-1989. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23:348-358.
2. Rivero MI, Villalba MT, Vidal DA, Berrone JI, Hryciuk GM, Torres P. Histerectomía por vía abdominal y vaginal. Nuestra experiencia. *Rev Hosp AIDL* 2000; 4:45-49.
3. Kovac SR, Christie SJ, Bindbeutel GA. Abdominal versus vaginal hysterectomy: A statistical model for determining physician decision making and patient outcome. *Med Decis Making* 1991;11:19-28.
4. Stedman's. Diccionario de términos Médicos. Buenos Aires: Editorial Panamericana 1999. ISBN: 9789500620062.
5. Pokras K, Hufnagel VG. Hysterectomy in the United States 1965-1984. *Vital and Health Statistics: Hysterectomies in the United States 1965-1984. Series 13, Data from the National Health Survey: No. 92, 1987.*
6. McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small area variation in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England & Norway. *N Engl J Med* 1982; 30:1310-14.
7. Coulter A, McPherson K, Vessey M. Do British women undergo too many or too few hysterectomies? *Soc Sci Med* 1988; 27:987-94.
8. Andersen TF, Madsen M, Loft A. Regional variationer i anvendelsen af hysterektomi. Regional variations in use of hysterectomy. *Ugeskrifti Laeger* 1987; 149:2415-19.
9. Luoto R, Hermminki E, Topo P, Uutela A, Kangas I. Hysterectomy in Finland – prevalence and women's own opinions. *Scand J Soc Med* 1992; 20:209-212.
10. Lyon JLO, Gardner JW. The rising frequency of hysterectomy: its effect on uterine cancer rates. *Am J Epidemiol* 1977; 105:439-43.
11. González L, Enriquez B. Histerectomía Estudio de 14 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [online]. ene.-abr. 2005, vol.31, no.1 [citado 10 Marzo 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0138-600X.
12. ENDEMAIN. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. CEPAR. URL disponible en: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/inicio.html. Acceso: 15/ago/08.
13. Piedmonte, MA. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet and Gynecol.* 1999;181:530-535.
14. Berek, Adashi & Hillard. *Ginecología de Novak: 12ª edición.* México DF: Ed. McGraw-Hill. 1997. ISBN: 9701014529. ISBN-13: 9789701014523
15. Carlson KJ, Nichol DH, Schiff I. Indications for Hysterectomy, *N Engl J Med*; 1993;328:856-860.
16. Reiter RC, Wagner PL, Gambone JC. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata; a reappraisal. *Obstet. Gynecol.* 1992;79:481
17. Lonnie S. Burnett, *Historia Clínica, Exploración Física y Cirugía en Ginecología. Tratado de Ginecología de Novak, 11ª. Edición, 1991, capítulo 1:3-32.*
18. Gannon MJ, Holt EM, Fairbank J, et al. A randomised trial comparing endometrial resection and abdominal hysterectomy for the treatment of menorrhagia. *BMJ* 1991;303:1362-4
19. Garry R. Hysteroscopic alternatives to hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:199-207.

20. Rivero MI, Villalba MT, Vidal DA, Berrone JL, Hrycuk GM, Torres P. Histerectomía por vía abdominal y vaginal. Nuestra experiencia. *Rev Hosp Angela I de Llano* 1997; 12:23-25.
21. Luoto R, Kaprio J, Keskjmi I, Pohjanlahti JP, Rutanen EM. Incidence, causes and surgical methods for hysterectomy in Finland. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23: 348-358.
22. Tena G, Palou T, Palau M, Huguet E, González C. Tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix con asa de diatermia. Evaluación de los distintos métodos diagnósticos *Ginecología Clínica y Quirúrgica* 2001;2(4):185-190.
23. Pokras R, Hufnagel V G. Vital and Health Statistics: Hysterectomies in the United States 1965-84. Series 13, Data from the National Health Survey: No 92, 1987.
24. Karen J. Carlson, MD, David H. Nichol, MD, and Isaac Schiff, MD. Indications for Hysterectomy, *N Engl J Med*;1993;328:856-860.
25. Summitt R Jr., Stovall TG, Lipscomb GH, Ling FW. Randomized comparison of laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy with standart vaginal hysterectomy in an outpatient setting. *Obstet Gynecol.* 1992; 80:895-901.
26. Varma R, Tahseen S, Lokugamage AU, Kunde D. Vaginal route as the norm when planning hysterectomy for benign conditions: Change in practice. *Obstet Gynecol.* 2001;97:613-616.
27. Hoffman MS, DeCesare S, Kalter C. Abdominal hysterectomy versus transvaginal morcellation for the removal of enlarged uteri. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:309-315.
28. Figuereido O. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus: Experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol.* 1999;94:348-351.
29. Hernández J, Pardo G, Acosta I. Profilaxis antibiótica en histerectomía abdominal y vaginal. Hospital Clinicoquirúrgico Docente Joaquín Albarrán. Ciudad de la Habana. *Rev Cubana Cir* 1998; edición on line.
30. Gómez F, Lozano F, Abdel-Lah BA, García J. Profilaxis antibiótica en cirugía abdominal. *Cir Esp* 1987;42(2):268-72.
31. Hamond KA. Prophylactic antibiotic in vaginal hysterectomy: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1982;37(4):207.
32. Franchi M, Scobardi E. Infections in obstetric gynecologic surgery: chemoantibiotic prophylaxis and therapy. A bibliographic review. *Ann Obst Gynecol Med Perinatol* 1990;111(5):26.
33. Gretz H, Bradley WH, Zakashansky K, Nezhat F, Rahaman J, Chuang L, Bohren DL, Kreiger K, Rubin E, Sokolow A. Patient clinical factors influencing use of hysterectomy in New York, 2001-2005. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jul 28.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FORMULARIO PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

No. HCl.....

Año

Edad años

Estado civil

Ocupación

Residencia: Urbana Rural

Embarazos

Partos

Cesáreas

Abortos

Diagnóstico

Complicaciones

Anexo 2

Solicitud a los Directivos del Hospital

Cuenca, marzo de 2008

Sr. Dr.

Victor Miguel Crespo

Director del Hospital Homero Castanier Crespo

Azogues

Reciba un cordial saludo de parte de Miriam García Rivera y Juana González González estudiantes del sexto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca que nos encontramos cumpliendo el año de Internado Rotativo en el Hospital de su Dirección.

El objetivo de la presente es participar a Ud. que planificamos realizar una investigación en el Hospital Homero Castanier a través de la recopilación de información de los registros institucionales sobre Prevalencia, Características e Indicaciones de Histerectomía, para lo cual solicitamos la autorización para revisar los expedientes clínicos de todas las pacientes que recibieron este tratamiento quirúrgico en el período que va de junio de 2005 a julio de 2008.

Al finalizar nuestra investigación pondremos a disposición del Hospital una copia de los resultados obtenidos como información válida para los fines de la institución.

Anticipamos nuestra reconocimiento por la atención que sabrá dispensarnos.

Atentamente,

Miriam García R.,
Interna Rotativa del HHCC

Juana González G.,
Interna Rotativa del HHCCr

Anexo 3

4.5. Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Indicador	Escala
<i>Prevalencia</i>	Casos en la población de estudio en un tiempo determinado	Año	Tasa anual
<i>Tipo de histerectomía</i>	Vía de extirpación quirúrgica	Protocolo operatorio	Abdominal Vaginal
<i>Indicaciones</i>	Diagnóstico que motivó la histerectomía	Protocolo operatorio	Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)
<i>Edad</i>	Tiempo desde que nació hasta ingresar al estudio	Años cumplidos	15 a 29 30 a 45 46 a 60 61 a 90
<i>Ocupación</i>	Labor que desempeña habitualmente	Registro en HCI	Agricultora Quehaceres domésticos Comerciante
<i>Estado civil</i>	Situación legal con respecto a la pareja	Registro en HCI	Soltera Casada Viuda Separada Union libre
<i>Residencia</i>	Domicilio habitual	Dirección registrada	Urbana Rural
<i>Gestas</i>	Número de embarazos	Número de embarazos	0 a 1 2 a 4 5 en adelante
<i>Partos</i>	Número de partos	Número de partos	0 a 1 2 a 4 5 en adelante
<i>Abortos</i>	Número de abortos	Número de abortos	0 a 1 2 a 4 5 en adelante
<i>Complicaciones</i>	Eventos postoperatorios	Registro en HCI	Infección, hemorragia, dehiscencia